

В.В. Иванов, В.Е. Хитрихеев, А.Н. Назарова-Рыгдылон

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОЧАЯ «БАЙКАЛЬСКИЙ-6» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова, Улан-Удэ
Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Проведено изучение результатов комплексной терапии больных с обострением хронического пиелонефрита с применением фиточая «Байкальский-6». Использование фитопрепарата значительно повышает эффективность лечения.

Ключевые слова: фитопрепарат, лечение, пиелонефрит

THE EFFECTIVENESS OF «BAIKAL TEA N 6» IN A COMPLEX THERAPY FOR CHRONIC PYELONEPHRITIS

V.V. Ivanov, V.E. Hitriheev, A.N. Nazarova-Ruegduelon

Municipal Clinical Hospital of First Aid named after V.V. Angapov, Ulan-Ude
Buryat State University, Ulan-Ude

The results of a complex therapy of disease recurrences using phytomedicine «Baikal Tea N 6» has been analyzed on patients with chronic pyelonephritis. The use of phytomedicine considerably improves efficiency of treatment.

Key words: phytomedicine, therapy, pyelonephritis

ВВЕДЕНИЕ

Хронический пиелонефрит — самое частое заболевание почек [1, 2]. Основным методом лечения является адекватная антибактериальная терапия. Считается достаточным в период обострения курс лечения современными видами антибиотиков в течение 10—14 дней [6]. Для повышения эффективности лечения и профилактики рецидивов заболевания при пиелонефрите традиционно используется фитотерапия [3].

Комплексное растительное средство — фиточай «Байкальский-6» создано на основе рецептов традиционной тибетской медицины. Фитопрепарат представляет собой сбор из следующих видов растительного сырья: побегов толокнянки обыкновенной (*Arctostaphylos uva ursi* L.), листа брусники обыкновенной (*Vaccinium vitis idaea* L.), травы горца птичьего (*Polygonum aviculare* L.), цветков календулы лекарственной (*Calendula officinalis* L.), листа крапивы двудомной (*Urtica dioica* L.). Растительный сбор обладает антимикробным, противовоспалительным, иммуномодулирующим, гипотензивным, мочегонным, мембраностабилизирующим, антиоксидантным свойствами. Соотношение составляющих фитопрепарат компонентов составляет: 3,0 : 2,0 : 2,0 : 1,5 : 1,5 масс частей [4].

Фиточай «Байкальский-6» содержит биологически активные вещества, относящиеся к различным классам химических соединений: апигенин, лютеолин, кверцетин, рутин, гиперозид, мирицетин, фенолкарбоновые кислоты: хлорогеновая, галловая; фенологликозид: арбутин. Основным действующим началом является полифенольный комплекс. Стандартизация фитопрепарата осуществляется по сумме флавоноидов и фенологликозидов в пересчете на рутин и арбутин [5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение фармакотерапевтической эффективности фиточая «Байкальский-6» в комплексном лечении больных хроническим пиелонефритом в стадии обострения.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование и лечение 112 пациентов хроническим пиелонефритом: 76 женщин и 36 мужчин. Средний возраст — $44,5 \pm 0,9$ лет. Все больные находились на стационарном лечении с клиникой обострения хронического пиелонефрита средней степени тяжести. Анамнез заболевания составил от 2 до 20 лет.

Общий отбор больных осуществлялся по следующим критериям: возраст от 18 до 70 лет; отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, обструктивных уропатий и нейрогенных расстройств мочеиспускания, отсутствие аллергических реакций на антибиотики фторхинолонового ряда и цефалоспорины; информированное согласие больного.

Больным проводили комплексное обследование, включающее выяснение жалоб, анамнеза, проведение клинико-лабораторных анализов, определение цитокинового статуса, ультразвукового, бактериологического исследований. Проводилось сравнение показателей до и после лечения. Группы больных были одинаковы по полу, возрасту, клиническому течению заболевания. Формирование контингента больных происходило методом случайной выборки.

По методике лечения больные были разделены методом рандомизации на 3 группы. Первая группа (основная) — 42 больных, принимала курс традиционного лечения: антибактериальная

(цефалоспорины, фторхинолоны), противопалительная терапия в течение 14–16 дней, в дополнение к основному курсу лечения — фиточай «Байкальский-6» в течение 28 дней. Вторая группа (сравнения) — 32 больных, принимала курс традиционного лечения: 14–16 дней, в дополнение к основному курсу лечения — Канефрон Н, в течение 28 дней. Третья группа (контрольная) — 38 пациентки, принимала только традиционный курс лечения по поводу обострения хронического пиелонефрита в течение 14–16 дней.

Стандартные схемы традиционной терапии включали в себя использования трех антибиотиков и их сочетаний: ципрофлоксацина, цефотаксима, гентамицина. По показаниям, как симптоматические средства применяли спазмолитики и анальгетики не более 3–5 дней.

Результаты лечения оценивали на основании субъективных и объективных показателей. Субъективные показатели включали динамику течения болезни, наличие или отсутствие болевого синдрома, учащенного мочеиспускания, лихорадки. Объективные показатели — оценка клинико-лабораторных анализов крови и мочи, наличия или отсутствия бактериурии. Результаты оценивали в процессе и по окончании курса лечения воспалительного процесса.

Критериями оценки клинической эффективности были выздоровление, улучшение или неэффективность терапии. Выздоровление — исчезновение клинических симптомов заболевания, нормализация анализов крови и мочи, отсутствие роста микробной флоры в посевах мочи. Улучшение — неполное исчезновение симптомов и признаков воспалительного процесса, отсутствие необходимости назначения дополнительной антибактериальной терапии. Неэффективность терапии — недостаточное уменьшение симптомов и признаков заболевания, необходимость назначения дополнительной антибактериальной терапии.

Клинико-лабораторные проявления заболевания: дизурия — встречалась у 33 (29 %) больных; боли в поясничной области — у 112 (100 %); лейкоцитурия — у 112 (100 %) больных; лейкоцитоз и повышение СОЭ определялись у 76 (68 %) пациентов; биохимические показатели крови (билирубин, мочевины, креатинин, электролиты, сахар) были без отклонения от нормы у 98 (88 %) пациентов; субфебрильная температура, в течение первых 1–3 дней, имела место у 92 (82 %) пациентов.

По результатам бактериологического исследования мочи, бактериурия 10^3 м/тел в 1 мл и более была выявлена у 72 (64 %) пациенток. Микрофлора была чувствительна к цефалоспорины в 92 % (66) случаев, к фторхинолонам — в 90 % (65). Основным возбудителем заболевания была *E. coli* — в 43 (60,0 %) случаев. Другие возбудители: *St. saprophyticus* — 3 (4,2 %), *St. epidermidis* — 2 (2,8 %), *Proteus sp.* — 2 (2,8 %), *Enterococcus sp.* — 9 (12,5 %), смешанная флора — 13 (17,7 %).

У 24 пациентов с обострением хронического пиелонефрита проведено исследование уровней

цитокинов: ИЛ-4, -6, -8; ФНО- α , ИФН- γ в сыворотке крови.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ (Microsoft Office 2000).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проводилось сравнение результатов лечения в трех группах больных. Субъективными критериями улучшения клинического состояния служили исчезновение наиболее частых синдромов пиелонефрита: болевого, дизурического и интоксикационного. Боли в поясничной области, дизурия, гипертермия исчезали достоверно быстрее у пациентов, получавших комплексное лечение с фиточаем и Канефрон Н ($p < 0,05$). Через шесть дней от поступления в стационар боли исчезли у всех больных основной и контрольной группы, сохранившись только у 2 (6,3 %) пациентов группы сравнения.

При оценке дизурического синдрома через 3 дня лечения болезненное мочеиспускание сохранялось у 8 (25,0 %) больных группы сравнения, у 1 (3,1 %) больного, получавшего Канефрон Н и у 1 (2,4 %) из группы пациентов, принимавших фиточай. На 7–8 день дизурический синдром во всех группах купирован.

Таким образом, в группах, принимавших фитопрепараты, клинические проявления заболевания купированы значительно быстрее. Интегральный показатель клинического улучшения — средние сроки купирования клинических симптомов заболевания у пациентов основной группы составил $5,9 \pm 0,2$ дней, группы сравнения — $6,0 \pm 0,3$, контрольной группы — $7,4 \pm 0,2$. Разница статистически достоверна между I, II и III группами ($p < 0,05$).

Важным фактором эффективности лечения при пиелонефрите является динамика лейкоцитурии. Лейкоцитурия, через 7 дней от начала лечения, в основной группе определялась у 19 (45,2 %) пациентов, в группе сравнения — у 17 (53,1 %), контроль — 21 (55,3 %). Достоверных различий в показателях лейкоцитурии между группами не выявлено. Через две недели наблюдения достоверного различия между группами, также, не выявлено: лейкоцитурия сохранялась у 7 (16,7 %) больных основной группы, у 5 (15,6 %) — группы сравнения и у 7 (18,4 %) пациентов контрольной группы. ($p > 0,05$). На 28 день, когда пациенты первых двух групп принимали фитопрепараты, а пациенты контрольной группы, после базисной терапии, лечения не получали, выявлены достоверные изменения в анализах мочи между основной — 3 (7,1 %) пациентов и контрольной — 6 (15,8 %) группами больных ($p < 0,05$). Достоверной разницы между результатами лечения пациентов второй группы, принимавшей Канефрон Н, и третьей — получившей только курс базисной терапии, не было, хотя показатели близки к достоверным ($p < 0,1$). Продолжительный прием фитопрепаратов уменьшал число пациентов с лейкоцитурией, хотя, в это время, антибактериальные препараты не назначались.

Через 7 дней от начала лечения эрадикация возбудителей заболевания, при посеве мочи на микрофлору, была достигнута у 36 (85,7 %) пациентов первой группы, у 28 (87,5 %) — второй и у 32 (84,2 %) — третьей группы пациентов. Через 14 дней стерильность мочи констатирована у всех больных в трех группах.

При оценке показателей общего анализа крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускорение СОЭ) через 7 дней от начала лечения достоверно снизился только процент пациентов с нейтрофилезом во всех группах. По остальным показателям выявлена более значимая динамика в основной группе, но между группами разница не достоверна ($p > 0,05$). Через 14 дней лечения у большинства пациентов всех групп показатели пришли в норму.

Комплексное лечение, с применением фиточая «Байкальский-6», улучшало показатели работы почек, на что указывает увеличение диуреза в основной группе больных: до лечения — 1802 ± 323 мл, после лечения — 2236 ± 521 мл ($p < 0,05$). Чего мы не наблюдали в контрольной группе больных (1743 ± 345 мл и 1981 ± 323 мл, $p > 0,05$) и группе сравнения (1766 ± 342 мл и 1811 ± 414 мл, $p > 0,05$).

Как отражено в таблице 1, уровень ФНО-α в сыворотке крови больных хроническим пиелонефритом в начале исследования превышал пределы нормальных значений. В основной группе и группе сравнения уровень ФНО-α в сыворотке крови пациентов к 14 дню заболевания был практически в пределах нормы и достоверно ниже, чем в контрольной группе. К концу месяца уровень ФНО-α в сыворотке крови в контрольной группе также достиг нормальных показателей.

В основной группе и группе сравнения уровень ИЛ-6 в сыворотке крови пациентов к 14 дню заболевания был выше нормы, однако, достоверно ниже, чем в контрольной группе. В контрольной группе уровень ИЛ-6 в сыворотке крови пациентов достигал максимальных значений к 14 дню заболевания, причем клиническая симптоматика к этому времени уже отсутствовала и наблюдалась нормализация лабораторных показателей. К концу месяца уровень ИЛ-6 в сыворотке крови в основной группе достиг нормальных показателей. К концу месяца уровень ИЛ-6 в сыворотке крови в группе сравнения незначительно превышал нормальные значения и нормализовался у 5 (62,5 %) пациентов. В контрольной группе, к концу месяца, уровень ИЛ-6 в сыворотке крови значительно превышал нормальные значения и нормализовался только у 2 (25 %) пациентов.

Максимальный уровень ИЛ-8 в сыворотке крови у пациентов трех групп зафиксирован в 1–2-е сутки обследования. На 14-й день отмечалось достоверное снижение показателей ($p < 0,01$) в первых двух группах. В третьей группе этот показатель достоверно не снижался. К 28 дню наблюдения уровень ИЛ-8 достоверно снизился, но не пришел к норме ($p < 0,05$), сохраняя свои повышенные значения у 5 (62,5 %) пациентов третьей группы. В первых двух группах эти показатели достоверно не отличались от уровня здоровых лиц.

У пациентов, не принимавших фитопрепараты было выявлено не меняющееся от периода курса лечения снижение содержания ИФН-γ, ИЛ-4 по сравнению с группами I и II. Отмечается более ранняя нормализация показателей противовоспалительных

Таблица 1
Динамика содержания цитокинов в сыворотке крови больных с обострением хронического пиелонефрита в процессе лечения (пг/мл) ($M \pm m$)

Группы пациентов	ФНО-α	ИЛ-6	ИЛ-8	ИЛ-4	ИФН-γ
Здоровые ($n = 9$)	$2,9 \pm 0,1$	$6,1 \pm 0,12$	$23,4 \pm 2,23$	$15,2 \pm 0,76$	$10,4 \pm 0,21$
До лечения					
Базисная терапия + Фиточай «Байкальский-6» ($n = 8$)	$8,2 \pm 1,1$	$28,3 \pm 1,23$	$78,2 \pm 9,45$	$11,9 \pm 0,91$	$7,1 \pm 0,76$
Базисная терапия + Канефрон Н ($n = 8$)	$9,2 \pm 0,09$	$26,4 \pm 0,64$	$82,7 \pm 10,44$	$10,5 \pm 1,29$	$8,9 \pm 1,31$
Базисная терапия ($n = 8$)	$8,4 \pm 0,36$	$26,8 \pm 0,48$	$80,4 \pm 5,32$	$9,2 \pm 1,12$	$9,1 \pm 0,3$
14-е сутки					
Базисная терапия + Фиточай «Байкальский-6» ($n = 8$)	$4,6 \pm 0,1^{**}$	$14,9 \pm 0,32^{*}$	$32,4 \pm 5,65^{**}$	$11,9 \pm 0,34$	$9,9 \pm 0,8^{*}$
Базисная терапия + Канефрон Н ($n = 8$)	$4,9 \pm 0,4^{**}$	$15,4 \pm 0,24^{**}$	$36,2 \pm 11,35^{**}$	$10,9 \pm 0,3$	$9,1 \pm 0,13^{*}$
Базисная терапия ($n = 8$)	$5,8 \pm 0,3^{*}$	$19,9 \pm 0,33$	$68,6 \pm 8,11$	$8,6 \pm 0,29$	$8,9 \pm 0,14$
После лечения					
Базисная терапия + Фиточай «Байкальский-6» ($n = 8$)	$1,9 \pm 0,3^{**}$	$7,1 \pm 0,29^{**}$	$22,6 \pm 6,18^{**}$	$13,4 \pm 0,18^{**}$	$11,9 \pm 0,34^{**}$
Базисная терапия + Канефрон Н ($n = 8$)	$2,8 \pm 0,2^{**}$	$7,4 \pm 0,25^{*}$	$24,4 \pm 8,23^{**}$	$11,6 \pm 0,76^{*}$	$10,1 \pm 0,88^{*}$
Базисная терапия ($n = 8$)	$3,6 \pm 0,4^{**}$	$14,3 \pm 0,16^{*}$	$36,2 \pm 7,32^{*}$	$8,9 \pm 1,72$	$8,6 \pm 0,78$

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — достоверность различий результатов до и после лечения.

тельных цитокинов в основной группе пациентов, изменения в группе сравнения менее выражены.

В период реконвалесценции в крови у пациентов первой и второй групп уровень изучаемых цитокинов практически достиг нормальных значений. Отмечается достоверно более быстрая нормализация показателей цитокинового статуса в группе больных, принимавшей фиточай «Байкальский-6», по сравнению с группой, принимавшей Канефрон Н. В контрольной группе уровни провоспалительных цитокинов приблизились, но не достигли уровня условно нормальных величин, что может быть свидетельством сохраняющегося дисбаланса в цитокиновой системе у пациентов с ХП, даже в период реконвалесценции.

Клиническая ремиссия заболевания, в результате лечения, подтверждена клинико-лабораторными методами исследования, двукратными посевами мочи на микрофлору и чувствительностью к антибиотикам. Во всех случаях отмечено полное исчезновение бактериурии. В первой группе больных, принимавших дополнительно фиточай, имело место выздоровление у 39 (93 %) пациентов, улучшение — у 3 (7 %). Во второй группе выздоровление констатировано у 29 (91 %) пациентов, улучшение — у 3 (9 %). В третьей группе выздоровление достигнуто у 32 (84 %) больных, улучшение — у 12 (11 %). Результаты лечения в основной группе больных достоверно отличаются от результатов лечения пациентов III (контрольной) группы ($p < 0,05$). Таким образом, применение фитотерапии в комплексном лечении больных с ОХП сокращает сроки купирования воспалительного процесса, причем,

эффективность фиточая «Байкальский-6» превышает эффект использования Канефрона Н.

ВЫВОДЫ

Применение фитотерапии с использованием фиточая «Байкальский-6», в комплексном лечении больных хроническим пиелонефритом, сокращает сроки течения воспалительного процесса в период обострения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы / О.Б. Лоран, Л.А. Сиянкова. — М.: МИА, 2008. — 88 с.
2. Переверзев А.С. Инфекции и воспаление в урологии / А.С. Переверзев, М.И. Коган. — М.: АБВ — пресс, 2007. — 244 с.
3. Кукус В.Г. Фитотерапия с основами клинической фармакологии / В.Г. Кукус. — М.: Медицина, 1999. — 192 с.
4. Патент 2237488 РФ Средство «чай Байкальский-6», обладающее диуретической активностью и способ его получения / Е.Д. Югдурова, А.А. Маркарян, Г.Г. Николаева, Л.А. Нагаслаева, А.Г. Мондодоев, С.М. Николаев, Т.Д. Даргаева; Опубл. 22.01.2004.
5. Югдурова Е.Д. Фармакогностическое изучение комплексного растительного средства, рекомендуемого для профилактики заболеваний мочевыделительной системы: Автореф. ... канд. мед. наук / Е.Д. Югдурова. — Улан-Удэ, 2004. — 21 с.
6. Guidelines on Urinary and Male Genital Tract Infections / E.U.A. — 2007. — 75 s.

Сведения об авторах

Иванов Виктор Викторович — МУЗ ГК БСМП им. В.В. Ангапова, заведующий урологическим отделением, кандидат медицинских наук. 670024, г. Улан-Удэ, ул. Чертенкова 51–153. тел. 8(3012) 44-37-71; 68-60-91.

Хитрихеев Владимир Евгеньевич — Бурятский Государственный Университет, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доктор медицинских наук

Назарова-Рыгдылон Алина Николаевна — врач-эндокринолог БСМП. 670042, г. Улан-Удэ, Проспект Строителей 1, ГК БСМП урологическое отделение, тел. 8(3012) 55-62-58; bsmp@mail.ru